



Liberty Salud

PÓLIZA DE SEGURO DE
Salud Individual

ANEXO DE COBERTURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud Individual,
N° _____, contratada por _____,
y emitida a nombre de _____ Vigencia _____



CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

Mediante la emisión del presente Anexo, EL ASEGURADOR conviene y se obliga a prestarle a su costo, por sus propios medios y por la exclusiva cuenta de éste, a las personas que contraten la presente cobertura, en lo sucesivo denominados indistintamente LOS ASEGURADOS o EL ASEGURADO, el servicio de atención odontológica mediante personal profesional debidamente especializado, con las limitaciones y restricciones contenidas en este Anexo. Adicionalmente, EL ASEGURADOR pone a disposición de LOS ASEGURADOS una red de odontólogos cuya información estará disponible en la página de éste. Por otra parte, EL ASEGURADOR conviene el reembolso de los gastos razonables en que pudieren incurrir LOS ASEGURADOS de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS y la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo y durante su vigencia debidamente indicada en el Cuadro Póliza Recibo, sujeto a los términos y condiciones que se indican seguidamente.

A su vez, EL TOMADOR se compromete a pagar la Prima correspondiente contra la entrega del presente Anexo, del Cuadro Póliza Recibo de la Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con el presente Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

AFECCIÓN BUCO-DENTAL: cualquier alteración de la Salud Buco-Dental que sufra EL ASEGURADO y que origine tratamientos, procedimientos o servicios amparados por este Anexo.

SISTEMA COORDINADO DE PROVEEDORES: Proveedores de Servicios Odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este Anexo.

COSTO RAZONABLE: es el promedio calculado por EL ASEGURADOR de los gastos odontológicos realizados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido EL ASEGURADO, los cuales correspondan a un tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de este Anexo, se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga EL ASEGURADOR, de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que EL ASEGURADO incurrió en dichos gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado. No obstante, si EL ASEGURADOR hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud. Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipo médicos.

PLAN DE TRATAMIENTO: conjunto de procedimientos médicos-dentales cubiertos por este Anexo que deban ser practicados a EL ASEGURADO que solicita los servicios odontológicos, siempre que tales procedimientos hayan sido prescritos por un odontólogo profesional.

URGENCIA ODONTOLÓGICA: cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que originen procedimientos o servicios amparados por este Contrato y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

CLÁUSULA 3: COBERTURAS

El presente Anexo ampara los gastos incurridos por EL ASEGURADO a consecuencia de los tratamientos o servicios odontológicos, recibidos dentro de la República Bolivariana de Venezuela, que a continuación se detallan:

- a) **MEDICINA BUCAL:** comprende Historias Clínicas (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).
- b) **PREVENCION:** comprenden sellante de fosas y fisuras y enseñanza de higiene oral. Aplicaciones tópicas de flúor a ASEGURADOS hasta los 12 años de edad.
- c) **PERIODONCIA:** comprende Trartrectomía Simple y Profilaxis Dental. Raspado y alisado radicular (máximo 2 cuadrantes por Beneficiario y año Póliza).
- d) **OPERATORIA:** comprende amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, y vidrios Ionométricos en el cuello de los dientes (clase V).
- e) **CIRUGÍA:** comprende Exodoncias simples, Exodoncias quirúrgicas de dientes temporales y permanentes, Exodoncias de terceros molares (cordales).
- f) **ENDODONCIA:** comprende tratamientos Monoradiculares, Birradiculares, Multiradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías y Capielos.
- g) **URGENCIAS:** Endodónticas, Periodontales y Protésicas.
- h) **ORTODONCIA:** correctores de hábitos para corrección de prácticas de succión de pulgar y deglución atípica para niños hasta 10 años de edad inclusive.
- i) **RADIOLOGÍAS:** radiografías Periapicales y/o Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito al Sistema Coordinado de Proveedores.
- j) **PRÓTESIS:** una (1) corona individual metal porcelana por paciente y año de afiliación, prótesis monomaxilar y prótesis bimaxilar. Una (1) Dentadura Parcial Removible (DPR) de hasta 4 unidades por ASEGURADO y año de cobertura.

k) ESPECIALIDADES: si el usuario requiere tratamientos no amparados por la cobertura odontológica, los mismos podrán ser presupuestados con una reducción de costos entre el veinte por ciento (20%) y el cincuenta por ciento (50%) con relación a los gastos razonables, usuales y acostumbrados para dicho tratamiento, debiendo el usuario pagar todos los costos que se generen por tales tratamientos no amparados.

EL ASEGURADO podrá acceder a los servicios garantizados por el presente Anexo, de acuerdo con lo dispuesto para estos casos en su **CLÁUSULA 5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

Este Anexo no cubre los gastos incurridos y los servicios odontológicos originados como consecuencia de:

- a) Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos no contemplados específicamente en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS**, de este Anexo
- b) Anestesia general o sedación en niñas, niños, adolescentes y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS**, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- c) Tratamientos, procedimientos y/o servicios recibidos en centros, clínicas, consultorios o por profesionales no incluidos en el Sistema Coordinado de Proveedores de Servicios, que no hayan sido reclamados dentro del lapso y bajo las condiciones previstas en este Anexo para tal fin.
- d) Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos producto de accidentes cubiertos por la póliza a la cual se adhiere el presente Anexo.
- e) Defectos Físicos.
- f) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- g) Radioterapia o Quimioterapia.
- h) Procedimientos y/o servicios odontológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

No obstante, si **EL ASEGURADO** requiriera tratamientos no amparados por este Anexo y solicitara los servicios o coberturas que presta el Sistema Coordinado de Proveedores, los mismos podrán ser presupuestados y facturados directamente por el Odontólogo tratante, con una reducción de costos mínima del veinte por ciento (20%) con relación a los gastos razonables para dichos tratamientos debiendo **EL ASEGURADO** pagar todos los costos que se generen por tales tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 5: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los tratamientos amparados, descritos en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo, serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a) EL ASEGURADO podrá recibir los tratamientos realizados por proveedores de servicios odontológicos pertenecientes al Sistema Coordinado de Proveedores establecido en la República Bolivariana de Venezuela por EL ASEGURADOR, sin perjuicio del derecho que tiene a escoger libremente los centros, consultorios y/u odontólogos de su preferencia que requiera para satisfacer sus necesidades cubiertas por el presente Anexo.**
- b) Cuando el servicio sea ofrecido por profesionales y/o en centros pertenecientes al Sistema Coordinado de Proveedores establecido por EL ASEGURADOR, este contará con un servicio telefónico de urgencia las veinticuatro (24) horas del día, y con un odontólogo de guardia para atender las urgencias los fines de semana y días feriados. Las urgencias nocturnas serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del siguiente día.**
- c) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste Anexo, ofrecido por profesionales y/o en centros pertenecientes al Sistema Coordinado de Proveedores establecido por EL ASEGURADOR, deberá solicitar la verificación de sus datos telefónicamente con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse a cualquiera de los centros, consultorios y odontólogos pertenecientes al Sistema Coordinado de Proveedores, en el horario por ellos fijado, donde previamente identificado con su cédula de identidad, requerirá la atención del odontólogo seleccionado por él.**

CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS

En aquellos casos en que EL ASEGURADO decida recibir los servicios profesionales previstos en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo, en centros o clínicas o con profesionales que no pertenezcan al Sistema Coordinado de Proveedores, EL ASEGURADOR deberá reembolsar directamente a EL ASEGURADO, el costo razonable de los gastos en que haya incurrido por la prestación del servicio odontológico, según lo definido en la CLÁUSULA 2 DEFINICIONES, del presente Anexo.

A los fines de la tramitación del reembolso, EL ASEGURADO deberá presentar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la realización del tratamiento de acuerdo a la presente cobertura, la factura original emitida por el odontólogo o centro odontológico correspondiente, informe odontológico y cualquier otro documento que razonablemente pudiese requerir EL ASEGURADOR al momento de recibir la reclamación.

EL ASEGURADOR podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por EL ASEGURADOR, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

EL ASEGURADO tiene derecho a recibir la indemnización que le corresponda en un lapso que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo.

EL ASEGURADO deberá firmar la constancia de haber recibido el tratamiento.

CLÁUSULA 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a) Debe asistir por lo menos con treinta (30) minutos de antelación a la cita programada.
- b) De no poder asistir a la cita, EL ASEGURADO deberá notificarlo a la unidad o consultorio al menos con cuatro (4) horas de anticipación.
- c) En caso de tener problemas en el proceso de solicitud de la cita, por favor comunicarse al 0800-LIBERTY (0-800-5423789) para solventar la necesidad.
- d) EL ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el odontólogo para realizar los tratamientos amparados en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS, de este Anexo.

CLÁUSULA 8: PLAZO PARA RECLAMACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá ser realizada por EL ASEGURADO a EL ASEGURADOR, por escrito y dentro de un plazo no mayor de noventa (90) días continuos, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación, salvo por causa extraña no imputable a EL ASEGURADO que le impidan efectuar la reclamación en el plazo indicado. En este caso, EL ASEGURADOR deberá emitir por escrito su decisión con respecto a la inconformidad de EL ASEGURADO en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles. Si luego del pronunciamiento escrito de EL ASEGURADOR persiste la inconformidad de EL ASEGURADO, este podrá ejercer las acciones en contra de aquel, en los lapsos previstos en la cláusula correspondiente a la Caducidad de la Póliza a la cual se adhiere el presente Anexo.

CLÁUSULA 9: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR no asumirá responsabilidad alguna en relación con la calidad del servicio recibido por EL ASEGURADO y las consecuencias del mismo en virtud de los servicios prestados por otros centros o profesionales de salud diferentes a los del Sistema Coordinado de Proveedores, salvo lo relativo al reembolso de los gastos razonables dispuesto en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS, del presente Anexo.

Asimismo, queda entendido que EL ASEGURADOR no asumirá responsabilidad alguna por:

- a) Cobros realizados por centros o profesionales de la salud diferentes a los del Sistema Coordinado de Proveedores, por concepto de servicios no amparados, de acuerdo con lo indicado en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS, del presente Anexo.
- b) Cobros realizados por centros o profesionales de la salud diferentes a los del Sistema Coordinado de Proveedores, en exceso de los gastos razonables de los servicios cubiertos por el presente Anexo.
- c) Complicaciones y secuelas generadas, así como los gastos adicionales que se llegaran a ocasionar, cuando EL ASEGURADO abandone el tratamiento por más de setenta (70) días consecutivos a la última cita asistida para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado
- d) Cuando EL ASEGURADO no notifique el Siniestro o no entregue los documentos solicitados por EL ASEGURADOR dentro de los plazos establecidos en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS, salvo por causa extraña no imputable a EL TOMADOR, a EL ASEGURADO o a EL BENEFICIARIO.

El servicio de atención odontológica, debe ser prestado por profesionales de la salud egresados de universidades reconocidas, debidamente certificados y autorizados para ejercer por el órgano competente en el área de la salud.

CLÁUSULA 10: APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES

Este Anexo, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se rige para todos los efectos, por las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos prevalecerán las condiciones de este Anexo, el cual entrará en vigor a partir de la fecha indicada en el mismo.

Por EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL C. A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el No.13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio No. SAA-1-1-11372-2015 de fecha 16 de Octubre de 2015”.**